看護師インターンシップ研修申込書

ﾌﾘｶﾞﾅ		性別	生年月日
氏名		男･女	昭和　　年　　月　　日
現住所（マンション名等まで詳しく）			電話（携帯可）
〒（　　-　　）			
返信用ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ			
研修希望日			看護学校名・学年
平成22年　　月　　日 ～　　月　　日 （　2日間コース　3日間コース　）○で囲んで下さい			年

※メールアドレスは、できればパソコンのアドレスをお願いします。

☆希望する研修場所 (○で囲んで下さい)

A:内科系　　B:外科系　　C:小児科　　D:産科　　E:ICU

☆健康に関するご質問 (○で囲んで下さい、また、有の場合は詳細も記入)

1) 現在治療中の疾患　　：無 ・ 有（　　）

2) 学校の健康診断での異常　　：無 ・ 有（　　）

☆その他（**希望事項は、なるべく詳しく**）

〒438-8550 磐田市大久保 512－3 磐田市立総合病院 医療支援課　担当 戸田
電話 0538－38－5032 Fax 0538－38－5050 E-mail byoin-kanri@city.iwata.lg.jp